Aus der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.
(Direktor Prof. Dr. Wollenberg)

Über psychische Störungen bei Chorea minor

(infektiöse Chorea)

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

ROBERT WEILL
Medizinalpraktikant

aus

Bischweiler (Elsass)

ACAD. LUDOVICIANA BIBL.

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei Gebr. Riedel, Rabenplatz 5
1913.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548002_0115

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Referent: Prof. Dr. Wollenberg.

Unter der Bezeichnung Chorea St.-Viti wurden bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts neben den Krankheitsformen, welche später als Chorea bezeichnet wurden, die verschiedenartigsten mit abnormen Bewegungen verbundenen Krankheiten verstanden, die mit der eigentlichen Chorea kaum eine äußere Aehnlichkeit hatten.

Sydenhams Verdienst ist es, das Krankheitsbild der Chorea aus der Fülle der Bewegungsstörungen herausgeschält und genau präzisiert zu haben. Seine Lehre fand aber nur zunächst in England eine zahlreichere Anhängerschaft. Die meisten deutschen Schriftsteller legten nach wie vor das Hauptgewicht auf das Tanzen und sahen auch in den Bewegungen der Sydenhamschen Kranken etwas Tanzähnliches. Noch zu Ende des 18. Jahrhunderts herrschte in dieser Beziehung arge Verwirrung.

Wichmann wies dann im Jahre 1790 darauf hin, daß in Deutschland und in England verschiedene Auffassungen über die hierher gehörigen Krankheitsbilder herrschten. Dies lag im wesentlichen daran, daß man damals die hysterischen Krankheitserscheinungen nicht genügend kannte und diese sowie sonstige krampfartige Bewegungsstörungen, wie sie z. B. bei gewissen Psychosen episodisch vorkommen, als Chorea magna der Sydenhamschen Chorea minor gegenüberstellte. Gerade diese Anwendung der Bezeichnung Chorea auf so heterogene Dinge hat eine langdauernde Verwirrung gestiftet.

Im Jahre 1877 stellte von Ziemssen den Satz auf und bewies ihn auch, daß der sogenannte große Veitstanz (Chorea magna) vollständig aus dem Krankheitsbild der Chorea zu streichen sei; denn er sei keine Krankheit sui generis, sondern nur der Ausfluß akuter Psychosen und Cerebralleiden einerseits, der Hysterie und Simulation andrerseits.

Die weitere Forschung führte dann durch das Bekanntwerden der Huntingdonschen Chorea in der Mitte der 80er Jahre zu einer weiteren Streitfrage, indem man darüber diskutierte, ob man es bei der Sydenhamschen und bei der Huntingdonschen Form mit derselben Krankheit oder mit nur äußerlich ähnlichen Erscheinungen verschiedener Erkrankungen zu tun habe.

Die Huntingdonsche Chorea, die bekanntlich auch als Chorea hereditaria, chronica progressiva, degenerativa bezeichnet wird, ist eine Krankheit der Erwachsenen und beginnt in der Regel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Sie hat ferner einen ausgesprochenen familiären Typus und führt allmählich zu ausgesprochen geistigen Defekten, die auch als Dementia choreïca bezeichnet werden. Sie befällt endlich beide Geschlechter gleichmäßig — dagegen ist die Sydenhamsche Chorea durchaus eine Erkrankung des jugendlichen Alters. Sie befällt weibliche Personen bedeutend häufiger als männliche Personen, die Heredität spielt bei ihr keine Rolle, sie unterscheidet sich endlich auch in bezug auf die Aetiologie ganz wesentlich von ihr, weil bei der Sydenhamschen Chorea infektiöse Krankheitsprozesse im Zusammenhang mit einer konstitutionellen Schwäche die wesentlichen Faktoren sind. Man hat deshalb in neuerer Zeit diese Krankheitsform wohl direkt als infektiöse Chorea der degenerativen Huntingdonschen Form gegenübergestellt. Diese Bezeichnungen sind zwar nicht allgemein anerkannt, an der pathogenetischen Verschiedenartigkeit beider Krankheiten besteht aber kaum noch irgendwo ein Zweifel.

Die Symptomatologie der Chorea ist in zahlreichen Publikationen der neueren Zeit so eingehend geschildert, daß ich darauf hier nicht einzugehen brauche. Nur auf zwei Arbeiten sei hier hingewiesen, welche unter anderem auch die körperlichen Störungen von neuern Gesichtspunkten aus betrachten, nämlich die von Otfried Förster und die von Kleist. Förster hat sich speziell mit den choreatischen Bewegungen beschäftigt und hervorgehoben, daß es sich dabei um Spontanbewegungen vom Charakter klonischer Krämpfe einerseits, andrerseits um Koordinationsstörungen handle. Kleist hat daneben

auch Bewegungen beobachtet, bei denen die Muskeln längere Zeit in ihrem Spannungszustand verharren, um dann plötzlich wieder zu erschlaffen; er sah diese rasch einsetzenden und rasch schwindenden tonischen Innervationen sowohl im Gesicht wie an den Extremitäten und dem Rumpf, hier vorwiegend in den Streckern, an den Oberschenkeln und den langen Rücken- und Nackenmuskeln. Auch bei dem von mir verwendeten Material der Straßburger Klinik konnte diese Beobachtung verschiedentlich bestätigt werden, insbesondere auch durch das Vorhandensein des wohl zuerst von Gordon beschriebenen Verharrens der Oberschenkelmuskulatur in tonischer Kontraktion beim Prüfen des Patellarreflexes.

Auch über die psychischen Störungen bei Chorea ist in neuerer Zeit viel gearbeitet worden. Die ältere Literatur enthält gleichfalls zahlreiche Mitteilungen hierzu; diese sind aber für uns nur bedingt verwertbar, weil die psychiatrischen Anschauungen sich seit jener Zeit vielfach von Grund aus geändert haben. Immerhin läßt sich daraus entnehmen, daß man von jeher die Beteiligung der Psyche in den einzelnen Fällen in äußerst verschiedener Intensität gefunden hat. Wenn einzelne Autoren das Vorhandensein psychischer Störungen bei der Chorea, solange diese nicht kompliziert ist, verneinten, so lag das demnach daran, daß man nur auf schwere Psychosen geachtet und die leichten psychischen Störungen wie erhöhte gemütliche Reizbarkeit und geistige Ermüdbarkeit unbeachtet gelassen hatte. Der Satz von Jolly, daß solche Symptome in den meisten Fällen von Chorea vorhanden seien, kann wohl mit Recht dahin verallgemeinert werden, daß leichteste psychische Elementar-Erscheinungen wohl kaum in einem Falle echter Chorea fehlen. Mit Recht hebt dieser Autor ferner hervor, daß diese psychischen Erscheinungen keineswegs immer dem Grad der motorischen Affektion entsprechen, daß aber bei den schwersten Bewegungsstörungen eine erhebliche Mitaffektion der Psyche fast niemals vermißt werde, und daß es hier häufig zu intensiver akuter Geistesstörung komme.

In neuester Zeit hat Kleist „die psychischen Störungen bei der Chorea minor“ unter Benutzung des Materials der Hallenser Nervenklinik bearbeitet. Ich schließe mich bei

meinen weiteren Ausführungen seiner Einteilung im wesentlichen an. Diese unterscheidet nach dem Grade der psychischen Störungen:

1. Fälle, in denen solche in den Krankengeschichten gar nicht erwähnt oder direkt verneint waren;
2. Fälle mit leichteren psychischen Veränderungen, wie ängstlich schreckbare Reizhaftigkeit und Weinerlichkeit;
3. Fälle mit schwereren psychischen Veränderungen; hierbei unterscheidet er Uebergangsfälle und ausgesprochene Psychosen. Die Zahl der von ihm benutzten Fälle beträgt 155. Diese verteilen sich auf die erwähnten drei Gruppen so, daß der 1. 13,5 Prozent, der 2. 42 Prozent und der 3. der Rest der Fälle angehören.

Aus der Straßburger Klinik standen mir die Krankengeschichten von 49 Choreafällen zur Verfügung, die im Laufe der letzten 5 Jahre in Behandlung waren.

Von diesen fehlten in 23 Fällen verwertbare Angaben über psychische Störungen. Hieraus darf aber nicht geschlossen werden, daß solche nicht vorhanden, sondern daß sie nur sehr unerheblich waren.

In 20 Fällen sind leichtere psychische Störungen ausdrücklich erwähnt. Es erscheint gerechtfertigt, diese Fälle mit der 1. Gruppe zusammenzufassen; hiernach würden sich im ganzen 43 Choreafälle mit leichten und leichtesten psychischen Störungen ergeben. Hierzu kommen endlich noch 6 Fälle mit schweren psychischen Störungen.

Bevor ich auf die psychische Seite dieser Fälle eingehe, mögen noch einige Angaben allgemeinerer Art hier ihren Platz finden.

Unter den 23 Fällen mit leichtesten psyschischen Störungen (Gruppe 1) fanden sich nur leichte und mittelschwere Formen von Chorea minor. Das Durchschnittsalter betrug 11 Jahre. Das Verhältnis des weiblichen zum männlichen Geschlecht gestaltete sich wie 13:10. In mehr als der Hälfte der Fälle konnte Gelenkrheumatismus und Endocarditis nachgewiesen werden. Alle 23 Kranke wurden geheilt oder gebessert entlassen. Keine Todesfälle! Bei den 20 Fällen mit leichten

psychischen Störungen (Gruppe 2) belief sich das Durchschnittsalter der 17 weiblichen und 3 männlichen Personen auf 13 Jahre. Rheumatismus, Endocarditis oder sonstige Infektionskrankheiten waren in fast allen Fällen vorhanden. Es wurden zwei Drittel der Patienten als geheilt, ein Drittel als gebessert entlassen. Keine Todesfälle! Das Durchschnittsalter der 6 Fälle mit Psychosen (Gruppe 3) war 17 Jahre, also beträchtlich höher als das der vorhergehenden Fälle. Das Verhältnis der beiden Geschlechter gestaltete sich wie 3:3. In 5 Fällen waren Rheumatismus oder sonstige Infektionskrankheiten nachweisbar. Eine Person wurde geheilt, drei gebessert, zwei ungeheilt entlassen. Auch hier trat kein Todesfall ein!

Betrachtet man die Fälle der Gruppe 2 für sich, so ergeben sich folgende Besonderheiten: In 3 dieser Fälle wird in der Anamnese erwähnt, daß eine psychische Aufregung der Krankheit voraufging. Die eine Patientin grämte sich, da sie in eine tiefere Schulklasse zurückversetzt wurde. Bei der anderen Kranken soll kurz vor dem Ausbruch der Chorea die Verlobung zurückgegangen sein und seitdem Patientin ein verändertes Wesen gezeigt haben. Bei der dritten soll die Chorea im Anschluß an einen Schreck aufgetreten sein.

Die übrigen Fälle der Gruppe 2 lassen sich in bezug auf ihre geistigen Störungen in zwei Untergruppen einteilen. Die erste ist dadurch ausgezeichnet, daß affektive Störungen und zwar große Labilität der Affekte das Bild beherrschen. Es erfolgt also bei diesen Patienten auf geringe affektive Reize hin ein starker Ausschlag. Die zweite Untergruppe zeigt hauptsächlich neurasthenische Symptome, so z. B. leichte Ermüdbarkeit, geringe geistige Leistungsfähigkeit, Vergeßlichkeit, Unaufmerksamkeit, Zerstreutheit. Daher kommt es, daß in dieser zweiten Untergruppe die betreffenden Patienten oft interesselos, stumpf, teilnahmlos werden.

In 6 Fällen der ersten Untergruppe wird hervorgehoben, daß die Kranken sehr leicht „ins Weinen gerieten". In einem Fall war die Patientin so labil in ihrer Stimmung, daß sie bei geringster psychischer Beeinflussung, so beim Erscheinen des Arztes, bei an sie gerichteten Fragen, wenn sie auch noch so

harmlos waren, in die heftigsten Weinkrämpfe verfiel. Unter 3 anderen Fällen war eine Kranke sehr leicht erregbar. Eine andere war so leicht reizbar, daß sie mit jedem, der in ihre Nähe kam — ob Personal oder Besuch von Verwandten —, Streit anfing. Außerdem machte sie bisweilen noch einen finsteren, mürrischen Eindruck. Die dritte war im ganzen stumpf, zeigte sich aber zu bestimmten Zeiten unruhig, jäh, stark erregt. Bei einer anderen Kranken fiel ein gesteigerter, heiterer Affekt auf. Dazu kam aber im Laufe der Krankheit eine auffallende Depression. Bald weinte das Mädchen, bald lachte es. Wir dürfen wohl auch diesen Fall zur ersten Untergruppe rechnen, da eine ausgesprochene Affektlabilität im Vordergrund des Krankheitsbildes stand. Von 6 Patienten der zweiten Untergruppe waren 2 leicht vergeßlich, sie waren „gedankenlos". Eine dritte sprach fast gar nichts, war ohne jegliches Interesse. In einem andern Falle fiel neben der Reizbarkeit eine lebhafte Ablenkbarkeit auf. Schließlich war eine Patientin intellektuell ziemlich beschränkt. Wieder eine andere konnte in der Schule wegen Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit den Stoff nicht mehr bewältigen. Uebergänge der beiden Untergruppen finden sich natürlich auch. Ebensowenig gibt es eine scharfe Trennung zwischen den Fällen mit leichten und schweren psychischen Störungen. Es mögen hier zwei derartige Fälle angeführt werden.

Die eine Patientin, die vorher in der Schule gut gelernt hatte, kam nicht mehr recht vorwärts. Sie wurde unruhig, aufgeregt, sehr labil in ihrer Stimmung, reizbar. Sie weinte sehr viel, sprach nur wenig und machte zeitweise einen stuporösen Eindruck. In der Krankengeschichte wird dann weiter erwähnt, daß Patientin leicht deliriös war. Es konnte festgestellt werden, daß der Chorea zwar kein Gelenkrheumatismus, aber eine Angina unmittelbar vorausgegangen war. Die Herzgrenzen waren nach beiden Seiten perkutorisch verbreitert. Ueber der Herzspitze war deutlich ein systolisches Geräusch zu vernehmen. Es fand sich ferner im Urin eine Spur Eiweiß. Im Hinblick auf die Angina, die Endocarditis, die Ausscheidung von eiweißhaltigem Urin ist wohl das leichte, schnell vorübergehende Delirium als ein Infektionsdelirium

anzusehen. Im zweiten Fall handelte es sich um eine 13jährige Patientin, die eine schwere Form von Chorea minor durchmachte. Sprach man sie an, so fuhr sie barsch auf einen los, brach aber sofort in helles Lachen aus. Dem Lachen konnte bisweilen heftiges Weinen folgen. Die auffallende, übertriebene Heiterkeit schlug gelegentlich beim Besuch der Mutter in stundenlang anhaltende Depression um. Es war also in diesem Falle eine ausgesprochene Psychose nicht vorhanden; da aber die heitere Gemütsstimmung einerseits, die Depressionen andrerseits so stark und scharf hervortraten, konnten die psychischen Störungen sicherlich nicht mehr als leichtere angesprochen werden.

In 6 meiner Fälle waren endlich schwerere psychische Störungen vorhanden. Die Krankengeschichten folgen hier auszugsweise:

I.

Bertha, 17 J. alt. Aufnahme 16. Juli 1908. Anamnese. Eltern und 2 Geschwister gesund. Patientin angeblich seit Ende Mai von fieberhafter Krankheit befallen. Nach Auffassung der behandelnden Aerzte gastrisches Fieber, jedoch kein Typhus. Mitte Juni Gelenkrheumatismus. Schwellung der Kniegelenke, der Knöchel und der Ellenbogen. Seit 2 Monaten keine Periode mehr. Als Kind sonst nicht ernstlich krank. Allerdings häufig Mandelentzündung und immer etwas „nervös".

Seit dem 11. Juli 1908 Zuckungen zunächst am Munde, an den Fingern, den Füßen, dann am ganzen Körper. Seit dem 14. Juli hochgradige Zunahme der Zuckungen, so daß Patientin nicht mehr gehen konnte. In den beiden letzten Nächten schlaflos, dann gelegentlich auch erregt, — sah Gestalten, Würmer, Katzen und hatte starke Angst.

17. Juli. Patientin wegen der enormen Unruhe nicht genau zu untersuchen. Nachts sehr schlechter Schlaf. Geringe Nahrungsaufnahme. Im Urin Spur Eiweiß.

18. Juli. Patientin deliriert. Reagiert zeitweise auf Anruf gar nicht. Außerordentlich agitiert, nachts laut, kein Schlaf. Im Bad sehr unruhig, verletzt sich an den Ellbogen. Nach 5 Stunden Dauerbad etwas ruhiger. Schläft 1 Stunde. Im Schlaf ganz ruhig.

19. Juli. Sehr unruhig. Erkennt die Aerzte, ihre Mutter. Spricht unverständliche Worte vor sich hin,

Weint, deliriert. Nahrungsaufnahme sehr gering. Hält den Urin lange zurück. Läßt dann Urin und Stuhl unter sich.

20. Juli. Aussetzung des vorher gegebenen Scopolamins. Es wird Brom verabreicht. Keine Besserung. Temperatur 38,2. Sehr beschleunigter Puls. Herzgrenze scheint nach links verbreitert. Auskultation wegen der motorischen Unruhe nicht möglich.

22. Juli. Starker Kräfteverfall. Verständigung kaum möglich. Deliriert.

24. Juli. Gestern etwas ruhiger. Wenn man sich mit ihr beschäftigt, steigert sich sofort ihre motorische Unruhe. Nachts mehrere Stunden geschlafen. Reichlichere Nahrungsaufnahme. Besseres Aussehen. 6,0 Brom und ½ Veronal. 3×15 Tropfen Digalen. Kein Fieber mehr.

25. Juli. Eiweiß im Urin. Zahlreiche granulierte und Epithel-Zylinder.

5. Aug. Sehr viel ruhiger. Ist auch in jeder Weise orientiert. Körperlich noch äußerst hinfällig. — Strenge Bettruhe. Arsenferratose.

21. Aug. Leichte Temperatursteigerung. Trotz eingehender Untersuchung ist keine Ursache für das Fieber ausfindig zu machen. Punktion links hinten, wo sich leichte Schallverkürzung findet, ergibt negatives Resultat. Pulsfrequenz auffallend erhöht. Herzbefund nicht pathologisch verändert.

30. Aug. Fieber besteht noch.

2. Sept. Nur noch ganz geringe Temperatursteigerung.

15. Sept. Heute morgen starker Schüttelfrost. Erbrechen. Patientin sieht sehr verfallen aus.

16. Sept. Erneutes Erbrechen. Starke Druckschmerzhaftigkeit ungefähr dem Appendix entsprechend. Wird abends in die chirurgische Klinik verlegt.

18. Sept. Wieder von der chirurgischen Klinik zurückverlegt.

1. Okt. Seit 27. Sept. wieder leicht diliriös, spricht mitunter gar nichts, ist dann wieder sehr ängstlich. Klammert sich an Arzt, Schwestern, die Mutter an, „weil sie sterben müsse". Geringe Nahrungsaufnahme. Halluziniert. Wird in diesem Zustand gegen ärztlichen Rat nach Hause genommen.

II.

Salome, 16 J. alt. Aufnahme 1. Nov. 1911. Anamnese von den Eltern.

3 Geschwister der Patientin gesund. Vater lungenkrank. Mit 11 Jahren Blutungen aus Nase, Ohr, den Genitalien. Seit der Zeit Neigung zu Blutungen aus der Nase. Menses mit $15^1/_2$ J., regelmäßig, ziemlich stark. Fabrikarbeiterin mit $14^1/_2$ J. Von Gliederweh ist nichts bekannt, auch nichts von sonstigen Infektionskrankheiten. Anfang Sept. 1911 soll ein Mann ihr nachts auf der Treppe aufgelauert haben. Er habe sie bedroht und sie geschlechtlich mißbrauchen wollen. Seither große Angst, die Patientin wagte nicht mehr ins Bett zu gehen. Am 1. Sept. trat Patientin in Straßburg eine Stellung an, worin sie 3 Wochen verblieb. Darauf zu Hause, weil keine rechte Lust zum Schaffen mehr vorhanden war. Ungeschickter wie vorher, hatte sie viel Furcht, besonders nachts. Blieb nicht allein, weil sie Angst hatte. Seit 30. Okt. abends bemerkten die Eltern, daß ihre Tochter nicht bei sich sei. Erzählte, es stehe jemand da, der sie umbringen wolle, sie müsse verbrennen, es seien Würmer da, die sie auffressen wollten. Sie, die Patientin, wolle sich totschießen. Sah Ratten, die Patientin auffressen wollten. Meinte, es stinke im Saal. Warf in ihrer Aufregung mit Geschirr gegen den Vater. — Die Zuckungen waren gleichzeitig mit der geistigen Verwirrung stärker geworden.

Status praesens. Gracil gebautes Mädchen. Cor.: Schwaches systolisches Geräusch an der Spitze. Grenzen anscheinend nicht verbreitert. — Urin: Starkes Sedimentum lateritium. Spur Eiweiß. Kein Zucker. — Nervensystem: Schwere choreatische Bewegungsstörung. Zuckungen in den Extremitäten, besonders auch in den Fingern, Zehen, der Zunge, Nackenmuskulatur. Schwere Koordinationsstörung. Pupillen weit, reagieren gut. Hirnnerven O, B. Patellarreflexe sehr lebhaft. Gordonsches Zeichen zeitweise vorhanden. Kein Babinski. — Psyche: Deliriöse Verkennung der Umgebung. Patientin stößt zeitweise unartikulierte laute Schreie aus. Aengstlicher Gesichtsausdruck. Aufforderungen, wie z. B., sie solle die Zunge herausstrecken, werden zeitweise befolgt, zeitweise auch nicht. Auffassung vielleicht nur sekundär gestört. Sieht Würmer, fährt darauf los, tut so, wie wenn sie die Würmer packen wolle. Sieht Mäuse, Ratten, Katzen. Gibt dann

auch Antwort, ohne daß jemand mit ihr spricht: „Ich bin nicht schuld, Rickele, ich hab's nicht so bös gemeint." „Bring mir den Revolver, dann verschieß ich mich." — Die Augen würden ihr ausgebohrt, inwendig verbrenne sie; ruft laut nach der Mutter. — Therapie: Scopolamin, zunächst per os, je nach Bedarf (3×12 Tropfen 0,01/10,0).

3. Nov. In der Nacht vom 2. zum 3. Nov. etwas ruhiger. Anscheinend viel weniger Sinnestäuschungen. In der Auffassung klarer. Befolgt Aufforderungen prompter. Glaubt, daß Vater und Mutter gestorben seien. Redet die Schwester richtig an, ebenso den Arzt als „Herr Doktor". Schlaf in der Nacht ziemlich gut. Keine Temperaturerhöhung.

4. Nov. Bewegungsstörungen geringer. Hört die Mutter noch rufen. Auf Befragen gibt sie an, sie sei in der Hölle.

5. Nov. Anfallsweise auftretende Verstärkung der psychotischen Erscheinungen, wobei auch gleichzeitig die Bewegungsstörung stärker wird.

7. Nov. Geringe choreatische Bewegungen. Dagegen schwere psychische Störung, — desorientiert, mutistisch.

9. Nov. Ausgesprochener Stupor. Fast keine Reaktionen auf Fragen oder sensible Reize. Ganz leicht angedeutete choreatische Bewegungsstörung.

11. Nov. Stuporös. Andeutung von Katalepsie.

14. Nov. Etwas regsamer. Spricht jedoch kaum noch etwas. Noch hie und da ängstlich. Mit vermehrter Regsamkeit treten die choreatischen Störungen wieder mehr hervor.

18. Nov. Betrachtet wohl die Vorgänge um sich herum, ist jedoch noch sehr zurückhaltend. Mit vieler Mühe läßt sich aus ihr herauspressen, daß sie von den Sinnestäuschungen weiß; habe geglaubt, ihr Vater werde umgebracht, habe Feuer gesehen, geglaubt, es kröchen Würmer an ihr herum. Hat Einsicht in das Krankhafte der Erscheinungen. Starke Gewichtszunahme.

24. Nov. Etwas weniger gut. Spricht nichts mehr. Abends unruhig. Steht auf, richtet ihre Sachen zusammen und will fort. Läßt sich jedoch wieder ruhig ins Bett bringen.

15. Dez. Zugänglich. Geordnet. Noch etwas verlegen und scheu. Labilität der Vasomotoren.

3. Jan. 1912. Noch etwas scheu und ängstlich, sonst vollkommen normal. Spricht mit aphonischer Stimme, jedoch auf energischen Zuspruch hin ganz normal. Keine Bewegungsstörungen mehr.

10. Jan. 1912. Noch etwas verlegen. Spricht aber jetzt laut, auch ohne Zuspruch. Keinerlei Bewegungsstörungen mehr.

Geheilt aus der Klinik entlassen.

III.

Joseph, 18 J. alt. Aufnahme 24. Mai 1911. Anamnese: Vater an Brustkrankheit gestorben, Mutter gesund, sehr nervös. Geschwister gesund. Seit dem 14. Jahr sehr rasch gewachsen, immer nervös.

Arbeitete bis zum 25. April. Schwitzte und hatte Fieber. Tags darauf Unruhe in den Händen. Schlief sehr viel auch ohne Schlafmittel. Vom 14.—17. Mai Steigerung der Unruhe. Seit Mitte Mai Angst, im Kopf verrückt zu werden; während der Unruhe sprach er fast gar nichts. In den letzten 3 Tagen fast gar nichts zu sich genommen. Temperatur 37,5. Puls 80.

Status praesens: Großer, stämmiger junger Mann. Herz 2—3 Finger über linke Mammillarlinie hinaus verbreitert. Dumpfe Töne. Keine Geräusche. Aktion regelmäßig. Zunge wird gerade herausgestreckt. Bauchdeckenreflex beiderseits, Patellar- und Achillessehnenreflex normal vorhanden. Kein Babinski, kein Fußklonus. Unkoordinierte Bewegungen, bald im Gebiete des Mundes, bald Rollbewegungen der Augäpfel. Ausfahrende Bewegungen nicht typisch choreatischer Art. Hypotonie der gesamten Körpermuskulatur.

25. Mai. Keine Temperatursteigerung. Die Bewegungsunruhe hat nunmehr psychologisch anscheinend motivierten, abweisenden Charakter. Fratzenhaftes Verziehen des Gesichts.

Psyche: Zeitlich ungenau orientiert. Jahr und Tag werden falsch angegeben. Oertlich jedoch richtig orientiert. Hat geglaubt, gestern abend seinen Schwager am Bett stehen zu sehen und dessen Stimme zu hören. In der Nacht Verfolgungsideen, die anderen Patienten im Zimmer seien Schutzleute. Der Arzt wird richtig erkannt. Sprache stark beeinträchtigt. Verbigeriert. Worte werden in die einzelnen Silben zerhackt, ganze Sätze können überhaupt nicht gesprochen werden.

26. Mai. Befund unverändert. Nachts ruhig, schläft aber sehr wenig. Therapie: Nachts 0,5 gr Veronal. Tagsüber 3×8 Tropfen Scopolamin. 2× täglich laue Bäder. — Nahrungsverweigerung aus Furcht, es möchte Gift im Essen sein. Gegen Abend springt er aus dem Bett, schlägt um sich. Glaubt sich verfolgt und Stimmen zu hören. Ins Kastenbett verbracht, ist er etwas ruhiger. Abends Temperatursteigerung: 38,2 (Rectal).

27. Mai. Lumbalpunktion: Eiweißgehalt vermehrt. Liquor klar. Mikroskopisch nichts Besonderes. Wassermannsche Reaktion negativ.

31. Mai. Die choreatische Unruhe hat wesentlich abgenommen. Dagegen ist das psychische Verhalten ein recht ungewöhnliches. Meist gibt Patient auf Befragen keine Antwort. Dreht sich um, grimassiert mit den Augen und dem Mund, glaubt, daß er verbrenne, und hat Vergiftungsideen. Auch Gesichtshalluzinationen scheinen zu bestehen. Spricht vom Kaiser, der an seinem Bett gewesen sei. Konfabuliert allerhand zusammen.

3. Juni. Besserung der Unruhe hält an. Nachts meist ruhig, auch tags ruhiger. Nahrungsaufnahme wohl infolge der Vergiftungsideen ungenügend. Oertlich orientiert, zeitlich nur ungenau. Ablehnendes Verhalten dem Arzt und dem Pflegepersonal gegenüber. Gibt auf keinerlei Fragen Antwort. Verdreht die Augen, wirft sich herum. Benimmt sich albern und unbotmäßig. Nachher ist er ruhig, schläft fast die ganze Nacht.

13. Juni. Spricht spontan fast gar nichts, nur zeitweise einzelne abgerissene Worte wie: „misère — Mörder — Gift". Der Aufforderung zur Nahrungsaufnahme kommt er nicht nach. Als man ihn endlich dazu bringt, beißt er 2 Stücke aus einem sehr starken Trinkglas heraus. — Von choreatischen Bewegungen ist nichts mehr zu sehen. — Glaubt, Mutter und Bruder an seinem Bett gesehen zu haben; sie hätten mit ihm gesprochen. Im ganzen zugänglicher, dabei aber seit heute motorisch unruhiger. So treten z. B. wieder vereinzelte, grob ausfahrende Bewegungen auf. Ißt seit heute wieder spontan. Gibt zum ersten Mal auf Befragen Antwort. Oertlich und zeitlich orientiert. Hält sich jetzt für vollkommen gesund. Während der Exploration tritt ein Grimassieren auf.

25. Juni. Patient wegen der motorischen Unruhe auf die unruhige Wachabteilung verlegt. Spricht spontan gar nicht. Muß gefüttert werden. Völlig uninteressiert.

2. Juli. Indifferent für die Vorgänge um sich herum. Ohne jegliche Einsicht für seinen Zustand. Choreatische Bewegungen nur noch, wenn man sich mit dem Patienten beschäftigt.

15. Juli. Sitzt den ganzen Tag am Fenster und starrt ins Leere. Bei Anreden zunächst negativistisch. Antwortet dann mit Ja oder Nein. Ißt sehr wenig und nur dann, wenn es ihm paßt. Seine motorischen Bewegungen zeigen fratzenartigen Charakter. Auf Lichtreize oder akustische Reize keine entsprechende Abwehrreaktion.

20. Juli. Etwas zugänglicher; auch die motorischen Erscheinungen haben etwas nachgelassen. Nachts ruhig. Ißt sehr wenig.

24. Juli. Unterhält sich nicht mit seiner ihn besuchenden Mutter. Als sie wieder weg ist, verlangt er, ihr nachgehen zu dürfen, um mit ihr zu sprechen. Dem Arzt gegenüber auf wiederholtes Befragen hin mitteilsamer; glaubt, noch nicht gesund zu sein. Wegen der Kopfschmerzen will er noch weiter in der Klinik bleiben.

29. Juli. Seit gestern zugänglicher. Ißt allein.

7. Aug. Besserung hält an. Orientiert. „Waren Sie krank?" „In den Nerven." „Wo haben Sie gelegen?" „In einem Kasten." Die Namen der Monate werden langsam, aber richtig angegeben. Multiplikations- und Additionsaufgaben werden richtig, Subtraktionsaufgaben dagegen überhaupt nicht gelöst. Bei Lösung dieser Aufgaben ist die Reaktion verlangsamt. Keine choreatischen Bewegungen mehr. Gegenstände werden richtig bezeichnet. Ebenso wie das Auffassungsvermögen ist die Merkfähigkeit noch stark herabgesetzt. Auf Befragen, ob er Heimweh habe, weil er so nach Hause dränge, fängt er an zu weinen.

Gebessert entlassen.

IV.

Anna, 19 J. alt. Aufnahme 22. Jan. 1910.

Anamnese von der Schwester: Keine erbliche Belastung. Im Juli 1909 Tod des Vaters. Patientin regte sich sehr darüber auf. Als Seminaristin überarbeitete sie sich. Arbeitete etwa 14 Stunden täglich im Seminar. Saß immer so beim Arbeiten, daß linker Arm und linke Hand in der Nähe des Fensters sich befanden. Zwei Wochen vor Weihnachten Frieren und Schmerzen in der linken Hand. Darnach Zuckungen in der linken Hand. Allmählich griff die Bewegung auf den übrigen

Körper über. — Schlief nicht. War sehr ängstlich. Behauptete, das Sofa „starre sie an", aus dem Fenster schaue sie jemand an, spürte Mäuse an sich heraufLaufen. Hatte zuweilen die Empfindung, als ob sich über ihr ein großes schwarzes Gewölbe auftäte. — Seit drei Tagen Verschlimmerung. Zuckungen des ganzen Körpers.

Status praesens: Mittelgroßes Mädchen in mäßigem Ernährungszustand. Keine Drüsenschwellungen, keine Narben, keine Oedeme. — Herzdämpfung nicht verbreitert. Töne leise, rein. Puls 80. — Fortwährend starke unwillkürliche Muskelbewegungen des ganzen Körpers. Grimassiert stark, fährt sich andauernd mit der rechten Hand ins Gesicht, schlägt die Beine übereinander. Sprache stark behindert, stockend. Keine dysarthrischen Störungen. Facialis, Augenmuskeln frei. Pupillen sehr weit, rund, gleich. Licht- und Konvergenzreaktion prompt. Sensibilität intakt. Kornealreflex lebhaft. Bauchdeckenreflex nicht auslösbar. Patellarsehnenreflex beiderseits gesteigert. Gordons Zeichen sehr ausgesprochen. Im Urin Spur Eiweiß.

Psyche: Zu Stimmungsumschlag leicht geneigt. Sinnestäuschungen jetzt nicht nachzuweisen.

26. Jan. Die Muskelbewegungen haben etwas abgenommen. Therapie: Arsen.

7. Febr. Die Muskelunruhe hat sehr nachgelassen. Gordons Phänomen nicht mehr vorhanden.

27. Febr. Gebessert entlassen.

V.

Karl, 14 J. alt. Aufnahme 7. Mai 1911.

Anamnese vom Vater. Vater vor 16 J. Schanker. Wurde mit Hg-Spritzkuren behandelt. Mutter nervös, hatte vor 10 Jahren Fehlgeburt. Ein Kind an Herzfehler gestorben, ein anderes ist sehr schwächlich.

Als Kind machte Patient, der von jeher schwächlich war, die englische Krankheit durch. Anfang Februar bis Mitte März Bronchitis mit Fieber, lag 5 Wochen zu Bett. Ende April starke Unruhe. Konnte nicht mehr schreiben, was anfangs für Ungezogenheit gehalten wurde.

Status praesens: Sehr schwächlicher Junge in schlechtem Ernährungszustand. Tonsillen stark gerötet und geschwollen. Die sehr weiten Pupillen reagieren

sehr träge auf Licht. Cor: Systolisches Geräusch an der Basis. Regelmäßige Herzaktion. Im Urin Spur Eiweiß. Reflexe infolge der starken motorischen Unruhe nicht zu prüfen. Starke choreatische Unruhe am ganzen Körper. Sprache sehr undeutlich. Bringt nur wenige Worte heraus. Schläft nachts fast gar nicht. Starke motorische Unruhe. Therapie: 3×8 Tropfen Scopolamin. — Tinctura Arsen. Fowl.

10. Mai. Nachts sehr unruhig; wirft sich im Bett herum, so daß er sich kleine Hautverletzungen zuzieht. — Auf 1 ccm Scopolamin-Injektion Beruhigung. Wird ins Kastenbett verbracht.

11. Mai. Nachts sehr unruhig. Deliriert. Tagsüber 3×8 Tropfen Scopolamin. — 2×0,5 gr Aspirin. Temperatursteigerung über 39°. Zunahme der choreatischen Bewegungen.

12. Mai. In der Nacht laut, deliriert. — Erkennt das Personal nicht. Auf Scopolamin nur kurze Zeit Beruhigung.

13. Mai. Auf 2×0,5 gr Antipyrin Temperaturabfall und gleichzeitige Abnahme der choreatischen Erscheinungen. Leichte Schmerzen beim Schlucken. Sehr starke Rötung des Gaumens und der Tonsillen ohne irgendwelchen Belag.

15. Mai. Besserung macht langsam Fortschritte. Temperatur: 37,8. Choreatische Unruhe zeitweise ganz gering. — Deliriert nicht mehr, auch nicht mehr in der Nacht.

17. Mai. Die Bewegungen werden bei Zuspruch unterdrückt. Patient ißt jetzt allein. Sprache deutlicher. Am l. Index starke Rötung mit Schwellung, stark druckempfindlich.

20. Mai. Rötung spontan zurückgegangen. Junge ruhig, schläft gut. Ißt täglich besser ohne jede Unterstützung. Klagen über Trockenheitsgefühl im Rachen.

22. Mai. Seit gestern etwas schlechter. Kann allein nicht mehr essen. Wirft sich im Bett herum. Zeitweise verworren, im ganzen wieder unruhiger. Versteht, was man ihn frägt, antwortet aber in abgehackten, zeitweise ganz unverständlichen Worten. — Läßt nachts Urin unter sich. Keine Temperaturerhöhung. Puls 80. Dumpfes, systolisches Geräusch an Herzbasis.

27. Mai. Zustand wieder besser. Läßt nicht mehr unter sich. Nachts ruhig. Spricht nur noch aus dem Schlaf. Appetit gut. Choreatische Unruhe nur bei Be-

wegungen an den Händen noch deutlich. Keine Temperaturerhöhung.

1. Juni. Besserung hält an.

6. Juni. Vorgestern leichte Obstipation mit Auftreibung des Leibes. Auf Calomel prompte Wirkung. Dumpfes, systolisches Geräusch an Herzbasis.

15. Juni. Spricht noch wenig. Nur noch vereinzelte Bewegungen in den Fingern.

25. Juni. Stimmung etwas verdrossen, nörgelnd und mitunter abweisend. Trotz des Rückgangs der choreatischen Bewegungsstörungen keine rechten Fortschritte im Gesamtzustande.

5. Juli. Die choreatischen Bewegungen haben wieder zugenommen. Patient ist zeitweise mutistisch. Appetit schlecht. Starke motorische Schwäche. Schlaf ruhig.

17. Juli. Unruhe wieder zurückgegangen. Systolisches Geräusch an Herzspitze.

26. Juli. Zustand wenig verändert. Patient liegt ziemlich stumpf im Bett. Auffallend interesselos und wenig mitteilsam. Scheues Wesen.

8. August. Masernähnlicher Ausschlag. Nach der Kinderklinik verlegt.

VI.

Otto, 17 J. alt. Aufnahme 28. Januar 1909.

Aus dem Krankenjournal des Patienten, der zum erstenmal vom 9. Mai bis 12. Juli 1900 in der hiesigen Klinik wegen Veitstanz in Behandlung war, entnehmen wir, daß ein Bruder in der Blödenanstalt war, ein andrer „Gichter“ hatte.

Patient soll früher stets gesund gewesen sein. Kein Fieber vor der Aufnahme im Mai 1900. Damals bemerkte die Mutter, daß der Arm schlaff herunterhing. Es bestanden choreatische Bewegungen im rechten Arm und linken Bein, ferner Bewegungen des ganzen Rumpfes. Beständiges Hin- und Herwerfen im Bett. Der linke Arm hing beim Stehen schlaff herunter, konnte aber willkürlich nach jeder Richtung bewegt werden. Patient machte mit dem linken Arm in der Ruhe Bewegungen, vor allem mit dem linken Daumen. Händedruck war links schwächer als rechts. Es bestand ferner mäßige Bronchitis beiderseits. Das Herz war frei. Die Bronchitis, die mit geringen Temperatursteigerungen verlief, ging zurück. Während die choreatischen Bewegungen in allen Extremitäten nachgelassen, hielten sie im

Gesicht länger an. In diesem Zustand wurde Patient von der Mutter am 11. Juli 1900 gegen ärztlichen Rat aus der Klinik genommen.

Die zweite Aufnahme erfolgte am 28. Januar 1909. Anamnese von der Mutter: Patient arbeitete in der Zwischenzeit ohne Anfälle und ohne sonstige schwerere Erkrankung. Immer „nervös". In der letzten Zeit empfindlich. Die jetzige Erkrankung begann schon vor drei Wochen mit Schnupfen, Fieber, Husten. In den ersten Fiebertagen schon Zuckungen in den Gliedern, Bewußtseinstrübungen wurden nicht bemerkt.

Status praesens: Herz intakt. Im Urin keine Formelemente. Hochgradige motorische Unruhe. Steht auf, bringt das Bettzeug in Unordnung. Die einzelnen Bewegungen werden durch choreatische Zuckungen unterbrochen. Patient steht mit schlaffem, gesenktem Kopf und Armen in gespreizter Beinstellung da. Beinstellung ändert sich ruckartig, bisweilen ohne gleichzeitige Bewegung der oberen Extremitäten. Bisweilen schnalzende, grunzende Zungenlaute. Orientiert, hat Krankheitseinsicht. Indifferente Stimmungslage.

30. Januar. Nach 3,0 gr Bromkali viel ruhiger, ist im Bett zu halten.

2. Februar. Nachts sehr unruhig. Verläßt sein Bett. Motorisch sehr erregt. Verkennt seine Umgebung. Schimpft, ist sehr grob.

4. Februar. Herzgrenzen reichen nach links bis zur Brustwarzenlinie. Töne an der Spitze etwas unrein. Kein Geräusch. Im Urin Spur Eiweiß.

6. Februar. Sehr unruhig. Hat nachts mit Faeces geschmiert. Scheint seine Umgebung zu verkennen. Nahrungsaufnahme sehr gering. Sehr ablehnend gegen seine Angehörigen. Schimpft. Sprache kaum verständlich. Grunzt und schnalzt.

12. Februar. Die letzten Nächte sind ruhiger gewesen. Nahrungsaufnahme günstiger. Patient immer noch so unruhig, daß Unterhaltung mit ihm nicht möglich. Jedoch etwas freundlicher und nicht mehr so abweisend. Herzgrenzen noch etwas verbreitert. Keine Geräusche. Puls 125. Spur Eiweiß; jedoch keine Zylinder. Therapie in der letzten Zeit: Brom und Veronal.

16. Februar. Patient ist ruhiger. Herzgrenzen nicht verbreitert. Im Urin Spur Eiweiß. Nahrungsaufnahme ausreichend. Zugänglicher. Schnalzt und grunzt noch dauernd.

21. Februar. Gebessert gegen ärztlichen Rat entlassen.

Die Ansicht, daß die Psychosen bei Chorea den toxischen Delirien zuzuzählen seien, ist zuerst von Möbius mit Bestimmtheit ausgesprochen und begründet worden. Dieser Autor erwähnt einen im Anschluß an einen Gelenk-Rheumatismus entstandenen Fall von Chorea minor, der mit Sinnestäuschungen und Verwirrtheit kompliziert war. Der Autor hat ähnliche Fälle in der Literatur gesammelt, um den Beweis zu erbringen, daß das Bild der Psychosen bei Chorea dem der infektiösen Psychosen entspreche. Möbius nimmt eine bestimmte Chorea-Psychose an und kommt zu folgendem Resultat:

1. Die Chorea Sydenham ist eine durch Infektion entstehende Krankheit.
2. Die seltene Choreapsychose besteht, gleich allen toxischen Delirien, in einem traumhaften Zustande, der sich durch Verwirrung, Neigung zu Täuschungen mehrerer Sinne, Wahngedanken und Aufregung kundgibt.

Dieselbe Ansicht vertritt Wollenberg, wenn er sagt: „Diese Chorea-Psychosen haben nichts Spezifisches, sondern entsprechen dem Bilde der Intoxikationsdelirien, wie man es im Zusammenhang mit akuten Infektionskrankheiten nicht selten beobachten kann. Dementsprechend handelt es sich in den meisten Fällen um schnell vorübergehende, hochgradige Verworrenheit und Sinnestäuschungen beängstigenden Inhalts und motorischer Erregung. Zuweilen aber überwiegen die psychischen Lähmungserscheinungen, und es kommt von vornherein oder sekundär zur Entwicklung von Stupor, der etwas länger bestehen kann.“

Von neueren Autoren ist F. Viedenz offenbar ähnlicher Ansicht, wenn er die von ihm beschriebenen Fälle zu den Erschöpfungspsychosen zählt. Er berichtet im ganzen über fünf Fälle von Chorea mit Psychose. In 2 Fällen charakterisierten sich diese Geisteskrankheiten als schnell vorübergehende Zustände von traumhafter Benommenheit mit lebhaften Sinnestäuschungen, den Fieberdelirien ähnlich. Die Sinnestäuschungen führten teilweise zu schweren Bewußtseinstrübungen. In den 3 übrigen Fällen schlossen sich an die akute Erregung

und Verworrenheit monatelang anhaltende Zustände von paranoïscher Färbung an. Auch Runge, der 10 Fälle von Chorea minor mit ausgesprochen psychischen Störungen beschreibt, kommt zum Resultat, daß die meisten beschriebenen Psychosen Aehnlichkeit mit den Infektions- oder Erschöpfungsdelirien und mit Amentia haben. Verfasser schließt aus dieser Tatsache, daß die letzte Ursache der Chorea minor eine Infektion sein müsse. Endlich hat Bethge, der einen Fall von Chorea minor mit ausgesprochenen psychischen Störungen beschreibt, die sich als akute halluzinatorische Verwirrtheit darstellten, sogar durch Züchtung von Streptokokken nachgewiesen, daß der beschriebene Fall nur durch Infektion hervorgerufen sein konnte.

Etwas abweichend ist die Meinung von K. Kleist, der in seiner Arbeit über „Chorea mit Psychose" zu dem Schluß kommt, daß bei der Chorea minor Symptomenkomplexe vorkommen, die bald dieser, bald jener Psychose ähneln, aber nach Erscheinung und Verlauf Besonderheiten besitzen, die durch die Art des Krankheitsprozesses und die Lokalisation desselben bedingt sind. Kleist unterscheidet bei Besprechung der ausgesprochenen Choreapsychosen zwei Gruppen:

I. Halluzinationen, und zwar

1. die akute Halluzinose mit ihren vorwiegend akustisch-sprachlichen Halluzinationen (Angstpsychose). Zeitliche und örtliche Orientierung ist dabei erhalten,
2. die klassische halluzinatorische Allopsychose, dem Delirium tremens ähnlich. Vorwiegend sind die optischen Sinnestäuschungen. Zeitliche und örtliche Orientierung nicht erhalten,
3. delirant-halluzinatorische Zustände. Vorherrschend eine tiefe Benommenheit.

II. Fälle, die sich an Wernickes Motilitätspsychose anschließen,

1. Psychomotorische Akinese (stuporartige und negativistische Erscheinungen),
2. Psychomotorische Hyperkinese (lautes Lachen, krampfhaftes Weinen).

Eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Züge der mitgeteilten 6 Krankengeschichten ergibt folgendes: Im ersten Fall handelte es sich um ein 17 Jahre altes Mädchen, das etwa 6 Wochen vor der Erkrankung an Chorea minor „gastrisches Fieber" und Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte. Knie, Knöchel und Ellenbogen waren bei der Aufnahme noch geschwollen. Das Krankheitsbild zeichnete sich dadurch aus, daß Patientin hochgradig motorisch erregt und auch nachts schlaflos, laut und in steter Bewegung war. Dabei hatte sie lebhafte Halluzinationen des Gesichts, sie sah Tiere, Gestalten usw. Zeitweise war Patientin derartig verwirrt, daß sie auf Anruf gar nicht reagierte. Leider wurde sie in diesem Zustand nach Hause genommen.

Im zweiten Fall soll die Krankheit durch einen Schreck hervorgerufen worden sein. Seitdem der Patientin ein Mann aufgelauert und sie geschlechtlich habe mißbrauchen wollen, habe sie in Furcht gelebt. Sie wollte aus Angst des Nachts nie allein bleiben. Ziemlich rasch trat Verwirrtheit auf: Die Kranke glaubte sich in der Hölle. Die Umgebung verkannte sie vollständig. Mutter und Vater seien gestorben. Es bestanden zahlreiche, sehr lebhafte, unzusammenhängende Halluzinationen Gesichtshalluzinationen: Ratten, Würmer, Katzen, Mäuse, welche die Patientin auffressen wollten. Sie machte deutliche Abwehrbewegungen, indem sie auf die vermeintlichen Tiere losfuhr. Auch Gehörstäuschungen müssen bestanden haben, denn, ohne daß jemand mit ihr sprach, unterhielt sie sich mit einer abwesenden Bekannten. Außerdem hörte sie die Mutter rufen. Besonders aber traten bei ihr Störungen des Gemeingefühls hervor. Sie fühlte, wie ihr die Augen ausgebohrt wurden, wie sie verbrenne, wie die Mäuse an ihr hinaufliefen. Bisweilen war sie sehr erregt, wobei sie mit dem Geschirr gegen den Vater warf. Mit dem Aufhören der choreatischen Bewegungen legte sich auch die Erregtheit. An ihre Stelle trat Mutismus. Auf Fragen oder sensible Reize erfolgte keine Reaktion. Es zeigte sich deutlicher Stupor und Andeutung von Katalepsie. Patientin genas vollständig.

Im dritten Fall erkältete sich der 18jährige Kranke bei der Arbeit. Tags darauf begann schon die Unruhe in den Händen.

Der Kranke, der ein ängstliches, gedrücktes Wesen zeigte, sprach und aß fast gar nichts. War örtlich gut, zeitlich gar nicht orientiert. Im Vordergrund standen die Angstzustände. Diesen Zuständen entsprach die Art der Halluzinationen. So waren Mitpatienten, von denen er sich verfolgt glaubte, Schutzleute. Er hörte Stimmen und sprang, um seinen Verfolgern zu entfliehen, aus dem Bett. Neben den akustisch-sprachlichen schienen auch optische Sinnestäuschungen zu bestehen. Auch in diesem Fall traten die schon anderwärts bemerkten Gefühlstäuschungen auf. So fühlte der Kranke, wie er verbrenne. Im Anschluß an die verschiedenen Halluzinationen kam es zu einem mißtrauischen Wesen und zu Wahnvorstellungen. So weigerte Patient sich, zu essen, da er die Speise für vergiftet hielt. Mit dem Besserwerden der choreatischen Bewegungen begann das Bild des Stupors deutlich hervorzutreten. Patient gab auf keinerlei Fragen Antwort. Dem Arzt und Personal gegenüber war er ablehnend. Spontan sprach er gar nichts. In der Folge fiel nach leichter Besserung seine völlige Interesselosigkeit auf. Beim Besuch seiner Mutter unterhielt er sich nicht mit ihr, obwohl er sie kannte.

In diesem Falle traten also hervor: Angstzustände, Halluzinationen, Wahnideen, lebhafte Affektausbrüche, eine flüchtige Bewußtseinstrübung. Der hier vorhandene Stupor war wohl den Fällen verwandt, wie sie von Kleist den Motilitätspsychologen angehörig als psychomotorische Akinese beschrieben worden sind.

Im vierten Fall kam bei der 19 Jahre alten Patientin die Ueberarbeitung, der Gram über den Tod des Vaters und eine Erkältung ätiologisch in Betracht. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen: Neigung zu raschem Stimmungswechsel, Angstzustände, Halluzinationen des Gesichts. Die Kranke hatte ferner Gefühlstäuschungen. Sie fühlte, wie Mäuse an ihr emporliefen. Bewußtseinstörungen waren nicht vorhanden.

Es besteht aber wohl kein allzu großer Unterschied zwischen diesem und den vorhergehenden Fällen. Dieser ist wohl nur ein gradueller. Beobachtet man doch bei manchen Infektionskrankheiten, daß Halluzinationen bereits auftreten, ohne daß das Bewußtsein schon getrübt ist. Es könnte sich

bei unseren Choreakranken um dieselbe Erscheinung handeln. Ferner ist auch zu bedauern, daß der Fall beinahe abgelaufen war, als er in die Klinik eingeliefert wurde, also zu Hause zugleich mit den Halluzinationen möglicherweise auch Bewußtseinsstörungen bestanden haben, die von den Angehörigen außer acht gelassen wurden.

Im fünften Fall erkrankte das Kind an Zuckungen, Endocarditis, Angina mit hohem Fieber. Delirium: Das Pflegepersonal wurde verkannt. Mit Temperaturabfall wurde die choreatische Unruhe geringer, das Delirium hörte auf. Nach 3 Tagen zeigte Patient wieder choreatische Bewegungen, war wieder verworren und incohärent. Die Endocarditis bestand dauernd fort. Patient war noch nach 3 Wochen verdrossen, nörgelnd, mitunter abweisend, gab auf Fragen keine Antwort, wurde stumpf, interesselos. Da masernähnlicher Ausschlag bestand, wurde Patient in diesem Zustand in die Kinderklinik verlegt.

Im sechsten Falle handelte es sich um einen 17 Jahre alten Patienten, der unter Schnupfen, Husten, Fieber zum zweiten Mal an Chorea erkrankte. Hervorzuheben ist in diesem Krankheitsbild die hochgradige motorische Unruhe, die den Patienten dazu trieb, nachts aufzustehen und das Bettzeug in Unordnung zu bringen. Er schimpfte heftig auf das Personal, verkannte seine Umgebung, war unorientiert. Weitere Angaben über seine Verkennung der Umgebung sowie über andere psychische Störungen sind in der Krankengeschichte nicht angegeben. Der Patient wurde gebessert nach Hause entlassen.

Diese Fälle sind zum Teil typische Beispiele der halluzinatorischen Verwirrtheits- und Erregungszustände, wie sie toxische Delirien kennzeichnen. Das gilt insbesondere von Fall I, II, III und IV. Aber auch die Fälle V und VI, in denen sich Erregungs- und Erschöpfungssymptome vereint finden, können dieser Gruppe beigezählt werden.

Zum Schluß erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Wollenberg, für die Anregung zu der Arbeit, für die Ueberlassung der Krankengeschichten sowie für das der Arbeit entgegengebrachte Interesse meinen allerverbindlichsten Dank auszusprechen. Auch Herrn Assistenzarzt Dr. Steiner sei für seine freundliche Unterstützung an dieser Stelle herzlichst gedankt!

Literatur-Verzeichnis.

Bernstein: Die psychischen Aeußerungen der Chorea minor. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1887.

Bethge: Ueber psychische Störungen bei Sydenhamscher Chorea, Inaug.-Diss., Kiel, 1909.

Cramer-Többen: Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Prozesse des Zentralnervensystems. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1905.

Förster Otfried: Das Wesen der choreatischen Bewegungsstörung. Sammlung klinischer Vorträge, 1904.

Gerhards: Ueber psychische Störungen bei Chorea minor. Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Gowers: Handbuch der Nervenkrankheiten, 1892, Bd. III.

Jolly: Chorea minor, Ebstein-Schwalbes Handbuch der praktischen Medizin, 1900.

Kleist: Ueber die psychischen Störungen bei der Chorea minor nebst Bemerkungen zur Symptomatologie der Chorea. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1907, Bd. 64.

Möbius: Ueber Seelenstörungen bei Chorea. Neurologische Beiträge, 1894.

Runge: Chorea minor mit Psychose. Archiv für Psychiatrie, 1909, Bd. 46.

Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Herausgegeben von Binswanger und Siemerling.

Viedenz: Ueber Geistesstörungen bei Chorea. Archiv für Psychiatrie, Bd. 46.

Waßermann und Westphal: Ueber den infektiösen Charakter und den Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus und Chorea. Deutsche med. Wochenschrift, 1899.

Wollenberg: Infektiöse Chorea in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie, Wien, 1899.

v. Ziemssen: Chorea in Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Robert Weill, wurde zu Schirrhofen i. Els., Kreis Hagenau, am 10. Dezember 1884 als Sohn des dortigen Kaufmanns Michel Weill geboren. Seine Schulbildung erhielt er am Progymnasium zu Bischweiler, wo er die Prüfung für Einjährig-Freiwillige bestand. Nachdem er darauf zwei Jahre kaufmännisch tätig gewesen, besuchte er das Gymnasium zu Weißenburg i. Els., wo er sich im Sommer 1907 der Reifeprüfung mit Erfolg unterzog.

Im Herbst 1907 bezog Verfasser für 7 Semester die Universität zu Straßburg, wo er im Frühjahr 1910 die ärztliche Vorprüfung bestand.

Seine dortigen Lehrer waren die Herren Bayer, Braun, Chiari, Czerny, Ehret, Ewald, Fehling, Freund, Fuchs, Forster, Goette, Hertel, Hofmeister, Jost, Levy, Manasse, Meyer, Moritz, Spiro, Schwalbe, Schmiedeberg, v. Tabora, Thiele, Weidenreich, Wenckebach, Wollenberg, Uhlenhuth.

Im Sommer 1911 bezog er die Universität München, wo er ein Semester verblieb. Dort hörte er die Herren: v. Angerer, Kopp, May, Pfaundler.

Der Rest der Studienzeit wurde in Straßburg verbracht.